**POTWIERDZENIE WOLI ZAPISU DZIECKA**

**DO KLASY PIERWSZEJ**

Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…………......................................................................................................................

 (imię i nazwisko dziecka)

do **klasy pierwszej** w Szkole Podstawowej nr 5 im. dra Aleksandra Majkowskiego
w Kartuzach, do którego zostanie zakwalifikowane na rok szkolny 2024/2025.

 …………………………………………………………

(podpis rodzica / opiekuna prawnego)